

# Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica

Pathologization and invisibility: the acknowledgement of demands and welcoming of the LGBT population in primary health care

Patologización e invisibilidad: reconocimiento de las demandas y acogida de la población LGBT en atención primaria

Rita de Cássia Passos Guimarães<sup>1</sup>

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo<sup>2</sup>

Ana Valéria Machado Mendonça<sup>3</sup>

**RESUMO:** O presente artigo teve como objetivo analisar a percepção de profissionais da atenção básica sobre o reconhecimento de demandas e o acolhimento dado à população LGBT, buscando investigar a influência da *Scientia Sexualis*, tal como descrita por Foucault, na construção e manutenção de estigmas dirigidos a essa população. A pesquisa envolveu 32 unidades de saúde da família nas regiões Centro-Oeste e Nordeste do país, onde foram entrevistados 21 médicos(as), 22 enfermeiros(as) e 11 ACS. A análise de discursos foi feita pelo método de Pechêux. Concluiu-se que o estigma presente no senso comum da sociedade é potencializado e racionalizado pela *Scientia Sexualis* contemporânea, a partir de suas classificações psiquiátricas e de suas análises estatísticas dirigidas à compreensão de grupos de risco. Esse processo produz uma generalização estereotipada que, por sua vez, produz uma compreensão das demandas de saúde da população LGBT como restritas às IST/AIDS e atribui a seus membros comportamentos moralmente condenáveis, tais como abuso de drogas e promiscuidade sexual. Além disso, foi patente o desconhecimento da noção de equidade, o que provoca um discurso vazio e inoperante de afirmação da igualdade e universalidade, ao mesmo tempo em que se nega a necessidade de ações específicas para a população LGBT.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Comportamento Sexual; Estigma Social; Política de

1 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB).

2 Professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

3 Professora adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

Saúde; Capacitação Profissional.

**ABSTRACT:**The present paper aimed to analyze the perception of professionals from primary health care units on the demands of the LGBT population, seeking to investigate the influence of *Scientia Sexualis*, as described by Foucault, on the construction and maintenance of the stigma attributed to this population. The research involved 32 family health units in the Midwest and Northeast regions of Brazil, where 21 physicians, 22 nurses and 11 community health agents were interviewed. The discourse analysis was done by using Pechêux's method. It was concluded that the stigma present in the common sense of society is enhanced and rationalized by contemporary *Scientia Sexualis*, based on its psychiatric classifications and its statistical analyzes aimed at understanding risk groups. This process produces a stereotyped generalization which then produces an understanding of the health demands of the LGBT population as restricted to STI/AIDS, and attributes morally reprehensible behaviors to its members, such as drug abuse and sexual promiscuity. Moreover, the lack of knowledge regarding the concept of equity stood out, a lack which provokes an empty and inoperative discourse of the affirmation of equality and universality that, at the same time, denies the need for specific actions for the LGBT population.

**Keywords:**Primary Health Care; Sexual Behavior; Social Stigma; Health Policy; Professional Training.

**RESUMEN:**El presente artículo ha analizado la percepción de los profesionales de unidades de atención primaria sobre las demandas de la población LGBT, buscando investigar la influencia de la *Scientia Sexualis*, según lo descrito por Foucault, en la construcción y mantenimiento de los estigmas atribuidos a esta población. La investigación involucró a 32 unidades de salud familiar en las regiones del Centro-Oeste y Nordeste de Brasil. Se entrevistó a 21 médicos, 22 enfermeras y 11 agentes comunitarios de salud. El análisis del discurso se realizó utilizando el método de Pechêux. Se concluyó que el estigma se ve reforzado y racionalizado por una *Scientia Sexualis* contemporánea, con sus clasificaciones psiquiátricas y análisis estadísticos destinados a la comprensión de los grupos de riesgo. Este proceso produce una generalización estereotipada de las demandas de salud de la población LGBT como si fueren restringidas a las ITS/SIDA y atribuí a sus miembros otras conductas moralmente reprensibles, tales como el abuso de drogas y la promiscuidad sexual. Además, se ha ignorado la noción de equidad, lo que provoca un discurso vacío e inoperante de afirmación de igualdad y universalidad, lo cual, al mismo tiempo, niega la necesidad de acciones específicas para la población LGBT.

**Palabras clave:**Atención Primaria de Salud; Conducta Sexual; Estigma Social; Política de Salud; Capacitación Profesional.

## INTRODUÇÃO

Iniquidades em saúde têm sido definidas como diferenças entre indivíduos, grupos sociais e populações, diferenças que são evitáveis e originadas nas injustiças sociais<sup>1</sup>. Nesse sentido, as

políticas de equidade buscam reconhecer essas diferenças e produzir ações também diferenciadas com o objetivo de concretizar direitos<sup>2</sup>, donde a importância da participação social para garantir a autonomia dos grupos visados na definição das principais demandas<sup>3</sup> e a importância dos movimentos sociais organizados para a avaliação e monitoramento das políticas<sup>4</sup>.

Braverman<sup>5</sup> categorizou em quatro tipos as desvantagens econômicas e socioculturais responsáveis pelas iniquidades em saúde: as de origem etno-raciais e religiosas; as socioeconômicas; as ligadas a transtornos mentais ou deficiências físicas; e finalmente àquelas provocadas pelos estigmas dirigidos à orientação sexual e às identidades de gênero não convencionais. Especificamente quanto à população LGBT, incluída na última categoria descrita, além de maior vulnerabilidade a sofrimento psíquico, abuso de álcool, drogas e violência<sup>6,7</sup>, as desvantagens se expressam também por barreiras de acesso aos serviços de saúde provocadas por atendimentos estigmatizantes e por outras consequências condenatórias, tais como a omissão de informação sobre orientação sexual, o que impacta negativamente o planejamento de ações de saúde<sup>8,9</sup>.

A publicação em 2010 da Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) representou o reconhecimento das iniquidades provocadas por preconceito e estigma, uma vez que entre seus objetivos centrais encontra-se o combate aos fenômenos subjetivos e sociais discriminatórios no campo da saúde, na direção da melhoria da acessibilidade, do acolhimento e da qualidade assistencial<sup>10</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de reorganização da atenção básica, está definida como “porta de entrada” para o sistema – própria portanto ao acolhimento e assistência dos mais frequentes problemas de saúde da população, o que a faz ser considerada o setor principal do SUS para implementação das políticas de equidade<sup>11</sup>. Não obstante, a implementação da política tem encontrado resistência de gestores e profissionais da saúde. Têm sido descritas discriminações nos atendimentos realizados, condutas constrangedoras, diversas formas de conotações preconceituosas nos diálogos travados com profissionais da saúde e até ofensas verbais propriamente ditas<sup>12</sup>.

Os dados do dossiê publicado pela rede feminista de saúde ilustram bem o efeito dessas condutas: 40% das mulheres lésbicas ou bissexuais não revelam sua orientação sexual nas consultas, e 17% queixam-se de negligência em relação a exames, o que pode ser ilustrado pelo fato de elas terem uma cobertura de exame de colo uterino cerca de 23% menor do que as mulheres heterossexuais, demonstrando-se o despreparo profissional<sup>13</sup>. Resultados semelhantes têm sido encontrados em estudos internacionais sobre atendimento à população LGBT na atenção básica em países centrais<sup>14,15,16</sup>.

A observação do processo estigmatizante no campo da saúde fez com que, além dos aspectos geográficos, econômicos e organizacionais envolvidos na geração de barreiras no acesso aos serviços, passasse a ser considerado também o papel do preconceito e da discriminação na produção de barreiras simbólicas sustentadas pelo receio da população LGBT em enfrentar as crenças e

valores dos profissionais de saúde quanto à sua sexualidade<sup>17</sup>.

Segundo Caponi<sup>18</sup>, esse universo simbólico estigmatizante teria sido originalmente construído pela ordem médica, a qual desde o século XVIII teria começado uma classificação dos sujeitos LGBT dentro de um espectro de desvio de conduta e patologias mentais; isso resultou inclusive em internações manicomiais compulsórias, envolvendo diversos tratamentos cruéis, tais como imersões em água gelada, uso obrigatório de sedação psiquiátrica, isolamento, entre outros. Para Ayres<sup>19</sup>, um reflexo desse processo patologizante na atualidade pode ser representado pelo desenvolvimento na epidemiologia e na clínica da categoria “fator de risco” e suas categorias secundárias “grupos de risco” e “práticas de risco”, que, mesmo inconscientemente, favorecem processos discriminatórios a essa população.

Foucault<sup>20</sup> descreve como a *Scientia Sexualis* tornou-se o dispositivo central de normatização das ações médicas, pedagógicas e jurídicas em relação à sexualidade humana, tendo seu auge no século XIX, mas persistindo ativa durante todo o século XX. Por outro lado, a obra clássica de Goffman sobre estigma<sup>21</sup> oferece uma compreensão bastante aprofundada sobre a formação do estigma e suas implicações relacionais entre indivíduos e instituições.

O presente artigo tem como objetivo analisar, a partir do discurso de médicos, enfermeiros e ACS, a percepção desses profissionais sobre as demandas de saúde e o acolhimento dado à população LGBT na ESF, buscando investigar a influência de uma *Scientia Sexualis* na formação e manutenção de estigmas dirigidos a essa população. Tal compreensão poderá contribuir para o planejamento de programas de formação continuada visando à melhoria da atenção à saúde dessa população.

## **ARTICULANDO SCIENTIA SEXUALIS E ESTIGMA**

A *Scientia Sexualis* ocupa na obra de Foucault um lugar de destaque para sua caracterização da produção discursiva que, segundo ele, centralizou a normatização da sexualidade desde a época vitoriana, envolvendo especialmente a medicina, a pedagogia, o direito e a religião. O propósito de Foucault não era negar a existência de silenciamentos e censuras, mas compreendê-los dentro desse jogo de produção discursiva que determinava quais eram os discursos legítimos, quais eram os espaços apropriados de fala e quais eram os sujeitos autorizados a colher as informações sobre as práticas e desejos sexuais. Ou seja, haveria, segundo Foucault, uma espécie de incitação biopolítica a falar sobre sexo com o intuito analítico, classificatório, quantificável e técnico, representada especialmente pela anamnese médica, pelo confissãoário católico e pelo interrogatório judicial.

Considerando-se o poder sociopolítico que a medicina já gozava àquele tempo, a *Scientia Sexualis*, ao oferecer sob uma aura científica uma taxonomia das práticas e desejos sexuais que não correspondiam às aceitáveis para o casal heterossexual legítimo, passou a representar o principal dispositivo normativo da sexualidade. Os documentos médicos-psiquiátricos estudados por

Foucault demonstram uma preocupação constante em vigiar aquelas formas de prazer consideradas ilegítimas e que passavam a integrar o rol de sexualidades mentalmente e genitalmente desviantes, galgando o patamar de doença mental ou desequilíbrio psíquico. Foucault falará que essa perspectiva continuou influenciando a abordagem médica da sexualidade durante todo o século XX.

Uma evidência disso é o fato de o termo “homossexualismo”, de caráter eminentemente nosológico, ter entrado na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 1948, dentro do capítulo *transtornos mentais*, na categoria personalidades patológicas, subcategoria *desvios sexuais*, de que só saiu em 1993. Entretanto, as transexualidades persistiram nessa mesma classificação durante as duas primeiras décadas do século XXI. Apenas recentemente, em junho de 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a criação de um novo capítulo na CID, o das “condições relacionadas à saúde sexual”, sob a definição de “incongruência de gênero”<sup>22</sup>, buscando uma nomeação fora do léxico médico-psiquiátrico e dando aos países-membros o prazo de até 2022 para incorporar definitivamente essa mudança.

Ao se definirem as personalidades dos indivíduos como portadores de uma sexualidade desviante, seja a partir de uma inadequação desejante, no caso dos gays e lésbicas, seja a partir de uma patologia de identidade ou confusão psíquica entre masculino e feminino, como no caso de transgêneros, é a identidade do sujeito inteiro que passa a estar definida por um distúrbio de origem psíquica e moral. Ou seja, a *Scientia Sexualis* atribui e legitima a marca estigmatizadora de “deterioração da identidade” a que se refere Goffman.

Goffman define o estigma como uma marca etno-racial, moral ou física que atribui à identidade do sujeito um caráter invariavelmente depreciativo e que dificulta a percepção de outras características do sujeito, colocando-o em condição de inferiorização, desconfiança ou repulsa nas inter-relações com os pretensamente normais. Dessa forma, a função social do estigma é produzir a distinção entre normais e estigmatizados através do reconhecimento da marca que justifica a exclusão de um, enquanto reafirma, pela própria ausência dela, a normalidade do outro.

Outras duas caracterizações sugeridas por Goffman envolvendo os encontros mistos entre normais e estigmatizados podem também apoiar uma análise sobre como a estigmatização das sexualidades divergentes atua nas práticas de saúde. Uma delas é a tipologia das formas de reação dos normais nesses encontros; a outra é a caracterização dos lugares sociais em relação à forma de acolhimento de sujeitos portando marcas estigmatizadoras.

Com relação à primeira dessas caracterizações, o autor define quatro tipos básicos de reação dos “normais”: (1) um processo de racionalização da inferioridade do estigmatizado que legitima o distanciamento ou a exclusão propriamente dita; (2) uma tentativa de simular uma consideração social pelo sujeito estigmatizado melhor do que aquela que ele realmente tem; (3) as ações de caráter piedoso, envolvidas em um discurso benevolente, mas que subliminarmente reafirmam a condição deteriorada e inferior do estigmatizado; e, finalmente, (4) um processo de invisibilização

do estigmatizado, que o torna um sujeito imperceptível, quase inexistente.

Já com a caracterização goffmaniana dos lugares sociais, nós podemos pensar em qual deles se incluem as unidades básicas de saúde e demais equipamentos sociais de saúde. Goffman identifica três tipos de lugar: (1) lugares inóspitos ou inacessíveis por interdição declarada, nos quais, se quiser ou necessitar estar nele, o estigmatizado precisará esconder ou disfarçar sua marca; (2) os lugares públicos, nos quais parece haver algum cuidado no tratamento social dado aos estigmatizados, como se a marca desqualificadora não fosse reconhecida ou não tivesse importância, quando na verdade é reconhecida e impõe tratamentos sociais distintos; e (3) os lugares de aceitação verdadeira, em geral constituídos pelos próprios portadores da marca, onde eles conseguem viver uma experiência de bom acolhimento e que implicam formação de guetos.

Tomando como base esses referenciais, o estudo da percepção dos profissionais da ESF quanto às demandas de saúde e ao acolhimento dispensado à população LGBT pode nos ajudar a compreender, para além dos valores morais tradicionais e das religiões, a influência da *Scientia Sexualis* na formação disciplinar dos profissionais de saúde e o quanto ela contribui para a solidificação dos estigmas e, conseqüentemente, para a produção de barreiras simbólicas no acesso às unidades de saúde e a baixa qualidade do acolhimento.

## MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa envolveu 32 unidades de saúde da família (USF) nas regiões Centro-Oeste e Nordeste do país. Foram entrevistados(as) 21 médicos(as) e 22 enfermeiros(as) nas cidades de Goiânia, Brasília e Entorno, Salvador e Vitória da Conquista, e 11 ACS nas USF de Goiânia. Os participantes tinham entre 26 e 58 anos e todos atuavam há mais de um ano na USF. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas entre novembro de 2015 e junho de 2016. Os participantes foram codificados como M de 1 a 21 para os(as) médicos(as), E de 1 a 22 para os(as) enfermeiros e A de 1 a 11 para os(as) ACS.

A análise dos discursos foi feita tomando-se como referencial o quadro epistêmico-metodológico de Pêcheux<sup>23</sup>, o qual estabelece uma análise capaz de articular linguagem, sujeito, história e ideologia, buscando refletir sobre as condições da produção discursiva e sobre a significação ideológica das falas e textos produzidos. Ou seja, sujeito e discurso são compreendidos dentro da conjuntura social e histórica em que estão inseridos e seu discurso, como uma interação entre subjetividade e contexto.

A presente pesquisa integra um dos braços de um projeto multicêntrico intitulado “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde”, conduzido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB) em parceria com a Fiocruz/PE e outras universidades federais nas cinco regiões do país. Ela seguiu todos os imperativos éticos da resolução 466/12 do CNS, tendo sido aprovada por comitê de ética

no parecer número 652.643. Todos os participantes leram e assinaram o TCLE antes do início das entrevistas.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nas falas dos três tipos de profissionais de saúde das unidades de saúde da família, podemos classificar as condutas ou representações estigmatizantes em quatro categorias principais: (1) demanda de saúde limitada à sexualidade; (2) noção de grupo de risco associado a comportamentos moralmente condenáveis; (3) confusão entre universalidade e equidade para organização do acolhimento; (4) invisibilidade da população LGBT.

### 1. Demanda de saúde limitada à sexualidade

Ao serem questionados sobre como compreendem as demandas da população LGBT, ficou muito evidente o fato de os profissionais as compreenderem de forma diretamente vinculada à sexualidade das pessoas, sendo as demais necessidades invisibilizadas. Trata-se de um comportamento que se alinha bem com a descrição feita por Goffman sobre a reação dos “normais” nos encontros com estigmatizados, quando a marca estigmatizante torna-se o aspecto identitário central que define os sujeitos:

*E7 – Os principais agravos que tem são as doenças sexualmente transmissíveis mesmo, né [...]. A principal demanda é essa, é a sexual, atividade sexual, educação sexual, é o que eles mais procuram, né...*

*E20 – A saúde da população em geral é ruim, mas a do público LGBT são pontuais... Principais agravos são as DST.*

*M12 – Mas a gente imagina a população LGBT ainda como uma população de óbito, né. É, e acredito que agravos como DST possam ser um dos grandes carros-chefe...*

*M17 – ...eles têm até uma condição de saúde boa, agora, tem muitos casos de doenças sexualmente transmissíveis...*

*A1 – Os programas, assim, mais próximos que a gente tem é questão de DSTs, HIV...*

*A2 – A gente tem, assim, para consultas de DST a gente tem aberto, a pessoa nem precisa, tipo assim, marcar uma consulta, agendar não, se ele fala que é nessa área de DSTs a gente tem livre, entendeu?*

A definição das demandas da população LGBT centrada nas IST/AIDS é tomada por alguns profissionais como fruto de uma experiência pessoal de assistência, tal como surge nas falas de E9 e M4. Outros profissionais parecem sustentar suas afirmações em dados de situação de saúde, ainda que não os citem concretamente, tal como aparece nos discursos de E20 e M17, os

quais ressaltam uma condição melhor de saúde que a da população em geral, atribuindo às IST/AIDS a ocorrência que distingue a população LGBT. Essa perspectiva chega até os ACS, os quais definem suas atuações específicas para essa população exclusivamente dirigidas à prevenção ou ao encaminhamento para diagnóstico de IST/AIDS.

Resultados semelhantes são corroborados por outros estudos realizados no Brasil e no exterior<sup>24,25</sup>, os quais destacam a centralidade da patologização da condição LGBT na racionalidade biomédica como elemento produtor de estigma no campo saúde. Obviamente, essa tendência, que já nasce influenciada pela constituição de uma *Scientia Sexualis*, sofreu uma potencialização com o evento da pandemia de AIDS. Como já havia destacado Terto<sup>26</sup>, todas as preocupações foram dirigidas a essa doença, negligenciando-se outras causas de adoecimento da população LGBT. A continuidade da presença da AIDS enquanto enfermidade fatal e sem cura no imaginário dos médicos fica evidente quando M12 diz: “*mas a gente imagina a população LGBT ainda como uma população de óbito, né*”; ou seja, a própria dimensão existencial mais ampla das pessoas LGBT acaba sendo definida por essa associação: alguém que morrerá em função de suas práticas de prazer.

Nesse sentido, pode-se notar a existência clara de uma construção discursiva que define e normaliza as práticas de saúde dirigidas à população LGBT através de um processo patologizador, que, se por um lado não chega a afirmar explicitamente que a diversidade seja patológica, por outro a associa invariavelmente a um conjunto nosológico provocado pelas práticas de prazer próprias a essa população.

## **2. Noção de grupo de risco associado a comportamentos moralmente condenáveis**

Outro importante elemento relacionado à compreensão pelos profissionais das demandas de saúde da população LGBT foi a abordagem a partir de uma noção de grupo de risco, em que riscos são atribuídos também à associação com outros comportamentos moralmente condenáveis:

*M2 – Não só pelas doenças sexualmente transmissíveis, também pelos riscos, né, que eles correm...o uso de drogas, o uso de bebida alcoólica, as saídas noturnas, né...*

*M5 – Eu acho que às vezes ficam com várias infecções lá e acabam um levando a outro, e levando a outro, e aí aquele grupo no final das contas todo mundo tem...*

*E10 – ...eles são muito descuidados, não usam preservativo, têm mais de um parceiro, né, e nem é porque são profissionais do sexo não...*

*E18 – ...por questão mesmo da falta de prevenção, acho que eles são mais vulneráveis [...]. Não sei se por conta de drogas ou alguma coisa assim que tire um pouco a questão do bom senso na hora de ter a relação...*

*A4 – Então, quanto aos gays eu penso, assim, que eles deixam muito a desejar com a*

*própria saúde [...], e não tá nem aí se vai transmitir pra mais alguém, entendeu?*

Esses discursos são exemplos muito claros das práticas de estereotipagem que, segundo Goffman, integram o processo de construção dos estigmas. As pessoas LGBT são vistas aqui a partir de uma generalização de formas de comportamento moralmente condenáveis. Seja no uso abusivo de álcool ou outras drogas, associado diretamente às práticas sexuais desviantes – como no discurso de M2 e E18 –, seja na promiscuidade nas relações e no número de parceiros, que facilitam a disseminação de doenças – como fica evidente nos discursos de M5 e E10 –, a população LGBT é descrita por um estereótipo de irresponsabilidade para consigo mesma e para com o outro.

A noção de inferioridade moral se encontra também muito arraigada nas construções discursivas da *Scientia Sexualis*. A expressão “loucura moral”, por exemplo, está entre as expressões frequentes encontradas por Foucault nos diversos documentos de psiquiatria dos séculos XVIII e XIX para designar manifestações de sexualidade divergentes do padrão heteronormativo. É também a noção de inferioridade moral que Goffman se referia quando dizia que o sujeito estigmatizado é um sujeito “desacreditado”, alguém que porta invariavelmente uma condição ou um comportamento prejudicial ao convívio social, o que justifica sua exclusão.

Outros estudos têm demonstrado também essa tendência de associação de profissionais de saúde entre diversidade sexual e promiscuidade<sup>27,28</sup>. Esses estudos demonstram como essa associação já está presente no senso comum da sociedade, sendo alimentada por concepções religiosas, por formas sensacionalistas de abordagem pela mídia e por algumas produções científicas.

Ayres<sup>19</sup> destaca a importância da difusão dos dados epidemiológicos envolvendo, sobretudo, homossexuais masculinos desde a emergência da pandemia de AIDS como um fenômeno que, se por um lado forneceu informações fundamentais para o planejamento em saúde, por outro afastou a racionalidade biomédica de outros aspectos fundamentais ao problema, tais como as subjetividades e as interações sociais dos indivíduos. Isso teria provocado um isolamento desses indivíduos em grupos de risco que passam a ter seus comportamentos generalizados a partir de modelagens baseadas nesses dados.

Segundo Ayres, essa construção de uma espécie de saber universal sobre homossexualidade baseada em associações probabilísticas teria contribuído para a estigmatização, já que generaliza, rotula e descontextualiza a realidade dos sujeitos. É fácil perceber que, em sua versão contemporânea, a *Scientia Sexualis* promoveu uma apropriação do saber probabilístico para construir uma espécie de taxonomia de grupos e comportamentos de risco. A transposição direta desses dados para o âmbito do cuidado como forma de predefinir as necessidades e problemas de saúde dos indivíduos implica claramente o fortalecimento de um estigma que reduz e deteriora a identidade dos sujeitos.

Um estudo realizado na Cidade do México envolvendo cerca de 300 jovens homossexuais foi capaz de demonstrar que a maior vulnerabilidade a esses fatores envolve a influência direta do

sofrimento psíquico decorrente da baixa autoestima dos sujeitos vivendo em condições sociais de preconceito e discriminação<sup>29</sup>. Outro estudo, realizado em Minnesota com 271 homens que fazem sexo com homens (HSH), também encontrou problemas de autoestima significativamente maiores na interseccionalidade da condição com outras características estigmatizadas, tais como raça negra ou pobreza. Esses indivíduos foram os que mais omitiram sua orientação sexual nas consultas e receberam uma atenção à saúde de qualidade inferior.

Nessa perspectiva, a existência de estudos epidemiológicos demonstrando maior incidência de transtornos mentais, suicídios e abuso de álcool e outras drogas entre a população LGBT pareceu fundamental, ainda que não explicitamente, a generalização descontextualizada encontrada nos discursos dos profissionais na presente pesquisa.

### **3. Confusão entre universalidade, igualdade e equidade na compreensão do acolhimento**

Acolhimento tem sido definido como uma organização humanizada do fluxo de atendimento que busca garantir o acesso universal e promover uma escuta qualificada dos problemas do usuário, de forma a promover uma resolução adequada aos problemas apresentados<sup>30</sup>. Ao se perguntar aos profissionais o que estava sendo feito nas unidades para acolher especialmente a população LGBT, a perspectiva que mais fortemente se apresentou foi aquela de reafirmar performativamente uma igualdade principiológica descontextualizada da realidade, em que a noção de equidade se encontra excluída, bem como sua importância para garantir um acesso universal e igualitário:

*E1 – E eu acho que isso se torna uma discriminação... Ah, tem que ter um núcleo para transgênero ou trans... Sabe, não justifica... Acho que todos somos iguais.*

*E3 – Então, eu acho que as políticas tinham que começar a mostrar que “ó, gente, nós vamos fazer política pra mostrar que eles são iguais” e parar de ter coisa, assim, direcionada pra gay [...], então você está dizendo que eles são diferentes e que a gente tem que tratá-los como diferente.*

*M3 – Porque o serviço é pra todos, né? É universal, aqui não tem essa questão de, ah, porque é mendigo, ou porque é alcoolista, ou é usuário de droga, ou mora numa situação de alto risco, ou é LGBT.*

*M8 – Porque aqui não são diferentes, são seres humanos iguais, com as mesmas características. Não deve haver um centro de atenção diferenciado para esse tipo de paciente.*

*A8 – A gente não faz nada específico, porque se você for fazer alguma coisa específica a gente vai tá como, assim...discriminando...*

*A9 – Não assim, separadamente, a gente atende eles como uma pessoa comum, normal, entendeu? A gente não tem discriminação nem nada, mas não tem nada separado pra eles*

Esses trechos de discursos, entre os muitos outros que poderiam ter sido apresentados, demonstram claramente que entre o grupo de profissionais entrevistados não está assimilado o conceito de iniquidade, no sentido já anteriormente definido<sup>5</sup>, como diferenças evitáveis e originadas em injustiças. As diferenças são peremptoriamente negadas, e constrói-se um discurso inoperante de igualdade que sustenta a manutenção do estado de coisas.

Outras vezes, o anúncio principiológico, performático da igualdade é traído no contexto de um mesmo discurso, tal como surge na fala de M3, que sustenta um acesso universal baseado nessa igualdade, mas compara a população LGBT com outros grupos moral ou socialmente distintos, como mendigos, alcoolistas e usuários de drogas; ou na fala de A9, quando afirma que a unidade os atende “*como uma pessoa comum, normal*”, deixando transparecer a concepção oculta de anormalidade dirigida às pessoas LGBT.

Essas perspectivas implicam também o desconhecimento de noções como *ações afirmativas* ou *discriminação positiva* e suas relações com as políticas de equidade. A proposição de ações afirmativas aparece nos discursos como algo que poderia causar constrangimento, e a discriminação aparece invariavelmente na sua perspectiva negativa de concretização do preconceito.

Esses achados causam preocupação, pois, uma vez que as políticas de equidade buscam exatamente reconhecer essas diferenças para propor ações também diferenciadas, tentando compensar as diferenças, tal como defendem Silva e Almeida Filho<sup>31</sup>, essa dificuldade dos profissionais de compreender as ações e políticas de equidade como uma via de alcance da igualdade, que por fim promove a universalidade no acesso, pode estar na base das resistências à implantação local das ações propostas na política. Os achados nos permitem concluir também que as USF constituem, no momento, o tipo 2 de lugar social descrito por Goffman, no qual se anuncia a não valorização da marca desqualificadora e conseqüentemente uma atenção igualitária aos estigmatizados, quando na verdade a marca é claramente reconhecida e impõe tratamentos sociais distintos.

#### **4. Invisibilidade da população LGBT**

Outra perspectiva muito frequente nos discursos foi a negação das oportunidades de encontros entre profissionais e usuários LGBT, constituindo-se uma invisibilidade do grupo que, obviamente, também resulta em inoperância e manutenção do estado de coisas:

*A1 – Às vezes a gente passa, a gente conhece pela rua por morar na comunidade, a gente até pode suspeitar, mas como não teve ninguém que falou que chegou e comprovou então a gente não enquadra eles num grupo.*

---

*M15 – Existem... só que eles são invisíveis, exceto pelos transexuais, que eles se portam e você consegue identificá-los, e eles se identificam enquanto trans. Os gays, as lésbicas não...*

---

*E22 – Assim, eu acredito que seja uma população que não tem, não compareça muito à unidade, [...] nem todos buscam a unidade como deveria buscar, talvez por isso não tenha as suas condições de saúde em perfeita harmonia.*

Como já mencionado anteriormente, Goffman<sup>21</sup> descreve, como uma das reações frequentes do sujeito pretensamente normal ao encontrar o estigmatizado, o comportar-se como se não o percebesse, como se o estigmatizado estivesse ausente, como se fosse uma não pessoa. Essa perspectiva aparece nos ACS, que, mesmo vivendo na comunidade, tendo contato com as pessoas fora da unidade ou de um contexto de assistência, relatam não verem muito, ou, se “suspeitam” quando veem, não poderem confirmar.

Obviamente, além do fato de essa invisibilidade ser muitas vezes sustentada numa concepção estereotipada de como se expressam e se apresentam pessoas com orientações sexuais diversas – o que fica claro, por exemplo, no discurso de M15, quando assume literalmente a condição de invisibilidade –, a baixa procura pode refletir exatamente as barreiras simbólicas ao acesso, provocadas pelo preconceito e pela discriminação. Vale notar que a baixa procura ou ausência da população LGBT na unidade é referida por todas as categorias de profissionais.

Entretanto, quando médicos e enfermeiros, pelo fato de atenderem em privacidade esses usuários, foram provocados a explicar a que eles atribuem essa baixa procura das USF pela população LGBT, as respostas apresentaram perspectivas diametralmente opostas entre profissionais.

Uma parcela atribui aos próprios usuários a baixa procura, sem demonstrar compreender a existência de qualquer problema de conduta profissional:

*E2 – ...eles mesmos têm essa dificuldade de se abrir e contar o que realmente está acontecendo, o que aconteceu...*

*E3 – Agora, quanto a eles, do lado de lá, eu vejo um preconceito muito maior por eles... [...] mas eu vejo muito preconceito velado nelas, elas com preconceito. Elas acham que todo mundo tem preconceito com elas...*

*M18 –E eles têm essa orientação de não ter muita facilidade de vir... mas é uma rejeição deles mesmos, e não sei bem por quê...*

Essa é uma perspectiva na qual o pretense normal acredita que o estigmatizado partilha com ele e com o senso comum o julgamento da inferioridade moral da sua condição, e seria então inerente à própria pessoa LGBT a vergonha, a dificuldade de falar e de cuidar de si. Algumas vão mais além, como E3, quando diz que “elas têm muito preconceito”, chegando a sustentar uma espécie de homofobia internalizada.

Outros profissionais, entretanto, reconheceram claramente que essa dificuldade de acessar o

serviço é motivada pelo receio de sofrer com o preconceito e a discriminação:

*E16 – ...uma mulher trans que veio, né [...]. Ela se apresentou com nome social e uma das técnicas de enfermagem, que inclusive não trabalha mais aqui, fazia questão de chamá-la pelo nome de homem, entendeu?*

*M7 – Eu acho que sim, tem a ver com isso, e acho que a população homossexual tem receio de se expor, tem vergonha, tem medo de sofrer por preconceito, [...] é triste, né, preconceito é muito doloroso.*

*M17 – Pacientes que muitas vezes têm vergonha... [...] eles sabem que existe preconceito, né, inclusive da população.*

Ou seja, existe também no meio profissional a consciência de que a unidade representa muitas vezes um lugar hostil à população LGBT, que preconceitos e discriminações decorrentes de valores morais de profissionais de saúde e dos próprios usuários das UBS constituem-se enquanto barreiras ao acesso ou à declaração da orientação, o que pode reduzir a qualidade do cuidado e falsear dados. Entretanto, ao se perguntar sobre a necessidade de ações específicas para acolhimento, a quase totalidade dos profissionais afirmou, performativamente, a existência de um atendimento igualitário e universal, como demonstrado anteriormente.

Um estudo internacional<sup>25</sup> e um nacional<sup>32</sup>, que abordaram essas relações de usuários LGBT com unidades de atenção básica quanto à qualidade de atendimento e à declaração ou não da orientação sexual, demonstraram claramente o somatório que pode existir entre estigmas de sexualidade, de classe e de raça. Em ambos os estudos, foi estatisticamente significativa a associação entre a segurança para declarar a orientação sexual e uma melhor qualidade de atenção com usuários LGBT brancos e de maior poder aquisitivo.

Conclui-se que, além de um melhor preparo profissional para a atenção à saúde desses pacientes, a autoestima dos indivíduos também é maior quando estão em melhores condições socioeconômicas. Conhecendo-se o perfil sociodemográfico dos usuários frequentes das USF no Brasil e os dados levantados por este e outros estudos, pode-se estimar a grandeza do desafio que se apresenta para a oferta de uma atenção nos moldes que a PNSIP LGBT preconiza.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A articulação entre as quatro categorias analíticas apresentadas favorece a nosso ver uma compreensão mais aprofundada de como se dá a construção discursiva que tem normatizado, na prática, a forma de acesso e acolhimento da população LGBT nas USF, bem como o lugar que o estigma ocupa nesse jogo formado pela tríade patologização da condição, inferioridade moral e invisibilidade.

Em primeiro lugar, há toda uma herança do senso comum, na maioria das vezes de base religiosa, em relação à inferioridade moral dessa população, o que constitui a “marca” propriamente dita, o estigma. Esse estigma é potencializado e mesmo racionalizado no campo da saúde através dos dados produzidos pela atuação contemporânea da *Scientia Sexualis* com suas classificações psiquiátricas e análises estatísticas dirigidas ao desenvolvimento da noção de grupos de risco, o que, por sua vez, produz uma generalização estereotipada que vincula os membros da população LGBT ao abuso de álcool e outras drogas, transtornos psíquicos e promiscuidade.

De outro lado, uma força discursiva baseada na noção de direitos fundamentais, opositora a essa, encontra-se presente nos cursos de capacitação, nas políticas e nos documentos normativos construídos nos últimos anos. O conhecimento desses discursos opostos pelos profissionais produz falas performáticas sobre o mérito dos valores anunciados, mas que acabam se concretizando em um discurso vazio e inoperante que sustenta uma igualdade e uma universalidade puramente principiológicas. Felizmente, muitos profissionais percebem a importância do preconceito e da discriminação operados por profissionais no desenvolvimento de barreiras ao acesso, embora, invariavelmente, eles sejam reconhecidos apenas como condutas dos outros, nunca suas.

Dada a profundidade com a qual os valores do senso moral comum e dos conceitos e práticas disciplinares das ciências biomédicas em relação à sexualidade humana se encarnam nas subjetividades, a solução parece apontar, incontornavelmente, para a educação, tanto no plano mais formal das graduações em saúde e cursos profissionalizantes quanto nas práticas de educação continuada. Entretanto, é importante ter em mente que, para atingir e transformar subjetividades, fazê-las revisitar seus próprios preconceitos, esses processos educativos não podem estar centrados tão somente em perspectivas cognitivas disciplinares sobre direitos humanos ou sobre diretrizes de políticas e portarias. Metodologias ativas, que trabalhem emoções, empatia e favoreçam diálogos entre os diferentes, tais como o estudo de narrativas reais ou dramatizações de conflitos ocorridos, parecem-nos fundamentais para o processo formador.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf). [Acesso dez, 2019]
2. Silva LMV, Almeida Filho N. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2): 217-226.
3. Costa AM, E Lionço T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saúde Soc*. 2006;15(2): 47-55.
4. Souto K, Sena AG, Pereira V e Santos, L. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Rev Saúde debate*. Rio de Janeiro. 2016 ; 40(Spe): 49-62.

5. Braverman P. What is Health Equity: And how does a life-course approach take us further toward it? *Matern Child Health J.* 2014; 18(2): 366-372.
6. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol., Ciênc. Prof.* 2012; 32(3): 552-63.
7. Granado-Cosme JA, Delgado-Sánchez G. Identity and mental health risks for young gays in Mexico: recreating the homosexual experience. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(5):1042-50.
8. Brito e Cunha RB, Gomes R. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: Uma revisão sistemática. *Interface;* 19(52): 57-70.
9. Carrara S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012; 28(1): 184-189.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União.* 2 Dez 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html) [acesso nov 2018]
11. Carvalho DM, Santos MAS, Stopa SR et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva,* 2016; 21(2 ): 327-338.
12. Albuquerque GA, Garcia CL Alves, MJH Queiroz CMH, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev Saúde Debate.* 2013; 37 (98): 516-524.
13. Facchini R, Barbosa RM. Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Dossiê [internet] Belo Horizonte. Org. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2006. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie\\_da\\_saude\\_da\\_mulher\\_lesbica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf) [acesso out 2018].
14. Davy Z, Siriwardena AN. To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people. *Br J Gen Pract.* 2012; 62(602): 491-492.
15. Petroll AE, Mosack KE. Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2011; 38(1): 63-7.
16. Mosack K, Brouwer A, Petroll A. Sexual Identity, Identity Disclosure, and Health Care Experiences: Is There Evidence for Differential Homophobia in Primary Care Practice? *Womens Health Issues* 2013; 23(6): 341-346.

17. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 2865-2875.
18. Caponi S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz; 2012.
19. Ayres, JR. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais *Interface Comunic., Saúde, Educ*. 2002; 6(11); 11-24.
20. Foucault M. História da sexualidade I: A vontade de saber. 13ª ed. Rio de Janeiro; Graal: 1998.
21. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. LTC: 1982.
22. Organização Mundial de Saúde (OMS). Transsexuality is not a mental disorder. 2018 Disponível em: [https://www.huffpostbrasil.com/2018/06/18/apos-28-anos-transexualidade-deixa-de-ser-classificada-como-doenca-pela-oms\\_a\\_23462157/](https://www.huffpostbrasil.com/2018/06/18/apos-28-anos-transexualidade-deixa-de-ser-classificada-como-doenca-pela-oms_a_23462157/) [ acesso mai 2019]
23. Pechêux, M. Análise de Discurso. 4ª ED. Campinas: Editora Pontes; 2015. 315p.
24. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2013; 37(98 ): 516-24.
25. Davy Z, Siriwardena AN. To be or not to be LGBT in primary health care: health care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people. *Br J Gen Pract*. 2012; 62 (602): 491-492.
26. Terto Junior V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horiz Antropol*. 2002; 8(17): 147-158.
27. Toledo LG, Teixeira Filho FS. As lesbianidades entre o estigma da promiscuidade e da ilegitimidade sexual. *Temáticas*. Campinas. 2012; 20(40): 67-103.
28. Farias M. Mitos atribuídos às pessoas homossexuais e o preconceito em relação à conjugalidade homossexual e a homoparentalidade. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2010; 9(1): 104-115.
29. Granado-Cosme JA, Delgado-Sánchez G. Identity and mental health risks for young gays in Mexico: recreating the homosexual experience. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(5):1042–50.
30. Solla J. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2005; 5 (4): 493-503.

31. Da Silva LMV, Filho NA. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (Suppl. 2): s217-s226.

---

32. Paulino DB, Rases EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. Interface. 2019 ; 23:e180279. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100249&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100249&lng=en) [ acesso Nov 2019]

---

### **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio e financiamento desta pesquisa. Agradecemos também à Secretaria de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília por todo o suporte recebido.

Artigo apresentado em fevereiro de 2020

Artigo aprovado em abril de 2020

Artigo publicado em abril de 2021